

保密健康信息 情况披露同意书

Confidential Health Information Consent Agreement

目前正为您办理离家安置儿童之医疗保健协调服务科(FWB CCU)服务转介，以便本服务科能协助参与您医疗保健事宜的其他人士了解您的健康需求。在接受寄养看护期间，您的保健服务提供者和参与您医疗保健事宜的其他人士应该有机会就您的医疗保健事宜相互交谈，而且这十分重要。有时候，您的健康记录可能会包括以下情况：

- 计划生育服务，例如节育和流产服务等；
- 爱滋病毒感染/爱滋病和（或）
- 性传染病（经由性行为传播的疾病）；
- 心理健康药物治疗和服务；
- 药物依赖症治疗服务。

由于此类健康情况属于私人保密情况，因此保存您健康情况的合作机构不得向其他人透露这些健康情况；除非经您同意或者华盛顿州法律允许他们向其他人提供这些情况。如果您的健康情况已经存入电脑系统或以书面方式存档，上述规定则适用。

签署此同意书即表示本人同意允许表格中注明的相关人员查看本人的保密医疗信息并可以向其他人咨询，以帮助本人管理医疗保健。这些健康情况可能来自您签署此表格日期之前或之后的记录。您的健康情况可能涉及您以前的患病或受伤情况或者您以前可能发生过的患病或受伤情况；化验测试结果，例如 X 光透视或验血等；以及您目前服用或以前曾服用过的药物。

即使您不签署这份表格，仍可获得离家安置儿童之医疗保健协调服务。**对于转介至本服务科的所有 13 岁以上青少年，若他们愿意签署此表格，都将询问他们此表格中的各类健康情况是否适用于您。**

本人同意让 FWB CCU 从列入此表格的合作机构那里获得并披露我的健康情况，内容涉及：

- 本人所有的个案当事人记录，其中包括生殖系统健康（例如避孕、怀孕、堕胎）、爱滋病毒感染/爱滋病及性传染病 (STD) 测试结果、诊断或诊疗记录（华盛顿州修正法规 RCW 70.24.105）、心理健康记录（华盛顿州修正法规 RCW 71.05.620）和药物依赖症 (CD) 治疗记录（第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部份）。

或者仅限以下记录（请勾选所有适用项）：

- 爱滋病毒感染/爱滋病和性传染病测试结果、诊断或治疗记录
- 生殖系统健康（计划生育服务，例如避孕和流产等）
- 心理健康记录（华盛顿州修正法规 RCW 71.05.620）
- 药物依赖症 (CD) 治疗记录（第 42 条联邦条例法典 (CFR) 第 2 部份）
- 其它（请列明）：_____

本人还同意让列入此表格的合作机构相互之间披露我的健康情况，但不得向未列入此表格的任何人披露此类情况。若本人改变主意并想撤销此项同意，我可以随时签署一份同意书撤销表格，并提交给我的社会工作人员或者 FWB CCU。已经透露的任何情况将不会因此而受影响。姓名首写字母：_____

除非本人之前已撤销这些情况，否则上述特定情况之有效性将持续至 本人不再接受寄养看护，或者直至 _____。
期满失效日期

个案当事人姓名（请工整填写）	个案当事人出生日期
个案当事人或个案当事人之法律代表签名	日期
法律代表姓名（请工整填写）	法律代表与个案当事人的关系

请列出签约合作机构之姓名或名称	日期	个案当事人姓名缩写
, 儿童事务管理局社会工作人员		
, 寄养家长		
, 主要医疗保健服务提供者		
, 统一管理医疗保健组织		
, 医疗保健服务协调计划医疗保健服务协调人		
, 部落的社会工作人员/主任		